

# FICHE D'INSCRIPTION



## L'ENFANT

NOM – Prénom : .....

Sexe : ..... né(e) le : .....

## RESPONSABLE DE L'ENFANT

Adresse de facturation : .....

Responsable 1 : NOM- Prénom : .....

Domicile : ..... port : ..... professionnel : .....

Adresse mail : .....

Responsable 2 : NOM – Prénom : .....

Domicile : ..... port : ..... professionnel : .....

N° Allocataire CAF\* : ..... N° Allocataire MSA\* : .....

\* permet de définir votre tranche tarifaire

**Personne à prévenir en cas d'urgence** (si différent des parents) :

Nom – Prénom - Téléphone : .....

## AUTORISATIONS

### Informations et autorisations diverses :

➤ mon enfant sait nager : Oui  Non  Si oui, possède le « Sauv'nage »

➤ Autorise mon enfant à quitter seul l'Accueil de Loisirs Oui  Non

➤ À partir avec M ou Mme ..... N° téléphone : .....

*Rayer la (les) mention(s) que vous n'autorisez pas.*

➤ Autorise mon enfant à pratiquer toutes les activités proposées dans le cadre de l'Accueil de Loisirs

➤ Autorise mon enfant à être transporté par les véhicules de l'accueil de Loisirs.

➤ Autorise l'Accueil de Loisirs à utiliser à titre gracieux toute vidéo et photographie de mon enfant et à les diffuser **en Interne**. Cette autorisation est donnée pour la reproduction à titre d'information et d'illustration (exposition, ...) sans limitation de durée.

➤ Autorise l'Accueil de Loisirs à utiliser à titre gracieux toute vidéo et photographie de mon enfant et à les diffuser **en Externe** (Presse, réseaux sociaux, ...) prise de mon enfant, sans limitation de durée.

➤ Autorise l'Accueil de Loisirs à consulter le site de la CAF (mon compte partenaire) pour connaître votre quotient familial. En cas de refus, vous devrez présenter une attestation de la CAF mentionnant votre quotient familial.

❖ Je reconnais avoir lu le **règlement intérieur** et l'accepter.

Date :

Signature :



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## 1- ENFANT

NOM – Prénom :
Date de naissance :
Sexe :

## 2- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Merci de joindre la photocopie des vaccins

SI L'ENFANT N'A PAS DE VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE INDICATION

Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

L'enfant suit-il un traitement médical OUI  NON

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants

**Aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance**

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

- |                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| Rubéole <input type="checkbox"/>    | Varicelle <input type="checkbox"/>              |
| Angine <input type="checkbox"/>     | Rhumanisme Articulaire <input type="checkbox"/> |
| Oreillons <input type="checkbox"/>  | Scarlatine <input type="checkbox"/>             |
| Coqueluche <input type="checkbox"/> | Otite <input type="checkbox"/>                  |
| Rougeole <input type="checkbox"/>   |   |

L'enfant fait-il la sieste ?  Oui  Non

Votre enfant a-t-il une allergie ?

ASTHME  MEDICAMENTEUSES  .....

ALIMENTAIRES  AUTRES : .....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR :

.....  
.....

L'enfant a-t-il un PAI ?  Oui  Non

Indiquez ci-après :

Les difficultés de sante (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre ;

.....  
.....  
.....

## 4- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. ...

Précisez : .....

## 5- DIVERS

Nom et téléphone du médecin traitant :

.....  
.....

Je soussigné, ..... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : .....

Signature :